

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
地域医療連携室 宛

検査は完全予約制です。

下記の「検査予約依頼票」を記載して頂き地域医療連携室まで FAX をお願い致します

FAX 098-888-1212

検査予約依頼票

令和 年 月 日 担当医のサイン _____

紹介元医療機関名		医師名	
患者氏名		生年月日	
TEL		FAX	
検査部位		検査内容	CT (単純) MRI (単純) RI
検査希望日 (RIのみ)	第1希望	第2希望	第3希望

【南部医療センター・こども医療センター 記入欄】

ご紹介頂いた患者様の検査予約日は、下記の通りに決まりましたのでお知らせ致します。

検査予約票

検査予約日	令和 年 月 日 () 時間 :
検査項目	
備考	

沖縄県南部医療センター・こども医療センター
地域医療連携室

TEL : 888-0123 (代表)

888-0125 (直通)

FAX : 888-1212 (直通)

